
8

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1884 — N° 42

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 6 Décembre 1884, à 1 heure

PAR L. SAUVE.

Né à Brignoles (Var), le 2 juin 1856.
Interne des hôpitaux d'Aix.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYSTÉRECTOMIE

DANS LE CANCER DE L'UTÉRUS

Président : M. PAJOT, *professeur*.

Juges. : MM. BROUARDEL, *professeur*.
RAYMOND, PEYROT, *agrégés*.

***Le Candidat** répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1884

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.................... M. BÉCLARD.

Professeurs............ MM.

Anatomie.. SAPPEY.
Physiologie.. BÉCLARD.
Physique médicale.............................. GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale................ GAUTIER.
Histoire naturelle médicale........................ BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.............. BOUCHARD.
Pathologie médicale.................................. PETER. DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale.............................. GUYON. LANNELONGUE
Anatomie pathologique.............................. CORNIL.
Histologie.. ROBIN.
Opérations et appareils............................ DUPLAY.
Pharmacologie.. REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale................. HAYEM.
Hygiène.. BOUCHARDAT.
Médecine légale...................................... BROUARDEL.
Accouchements, maladies de femmes en couche et de enfants nouveau-nés............................ TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie .... LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.............. VULPIAN.
Clinique médicale.................................... SEE (G.). JACCOUD. HARDY. POTAIN
Clinique des maladies des enfants.................. N.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.. BALL.
Clinique des maladies syphilitiques................ FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.................... CHARCOT.
Clinique chirurgicale................................ RICHET. VERNEUIL. TRÉLAT. LE FORT.
Clinique ophthalmologique.......................... PANAS.
Clinique d'accouchements........................... PAJOT.

DOYEN HONORAIRE : M. VULPIAN.

Professeur honoraire : M. GOSSELIN

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	GUEBHARD.	PEYROT.	RIBEMONT-
BOUILLY.	HALLOPEAU.	PINARD.	DESSAIGNES.
BUDIN.	HANOT.	POUCHET.	RICHELOT.
CAMPENON.	HANRIOT.	QUINQUAUD.	Ch. RICHET.
CHARPENTIER.	HUMBERT.	RAYMOND.	ROBIN (Albert).
DEBOVE.	HUTINEL.	RECLUS.	SEGOND.
FARABEUF, chef	JOFFROY.	REMY.	STRAUS.
des travaux anatomiques	KIRMISSON.	R NDU.	TERRILLON.
GARIEL.	LANDOUZY.	REYNIER.	TROISIER.

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MA FILLE ET DE MA GRAND'MÈRE

Regrets éternels!

A LA MÉMOIRE

DE MON BEAU-PÈRE ET DE MON BEAU-FRÈRE

Regrets !

A MA FEMME BIEN-AIMÉE

Compagne assidue de mes études,
Reçois ici le témoignage de mon affection et de mon dévouement.

AU MEILLEUR DES PÈRES
ET A LA PLUS DÉVOUÉE DES MÈRES

Je n'oublierai jamais les sacrifices que vous vous êtes imposés.

A MES GRANDS PARENTS

Hommage respectueux.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DE MONTPELLIER

A MES COLLÈGUES D'INTERNAT

LES DOCTEURS VADON, GARCIN, DELEUIL
EYGLINE, RAYMOND.

A MES AMIS

PIGNOL, JULLIARD, PIGNOT.
Internes des hôpitaux de Paris.

LES DOCTEURS

VICTOR BARTHÉLEMY, BONFILS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PAJOT

Professeur de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine
de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYSTÉRECTOMIE

DANS LE

CANCER DE L'UTÉRUS

I

Introduction.

La thérapeutique du cancer de l'utérus est un des points qui ont le plus fixé l'attention des chirurgiens. Frappés des difficultés inhérentes à l'opération de tout cancer, et en particulier de la variété qui nous occupe, les chirurgiens les plus éminents ont tour à tour proposé soit une opération nouvelle, soit une modification aux méthodes déjà existantes, soit même un retour à des pratiques déjà anciennes, mais abandonnées depuis. L'*hystérectomie* est de ce nombre. A peu près délaissée en France, en tant que méthode générale, elle est universelle-

ment réprouvée quand il s'agit de cancer. Hors de France, au contraire, les chirurgiens s'efforcent de lui créer, dans la chirurgie courante, une place à côté de l'ovariotomie. Il nous a paru, en présence du mouvement dans ce sens, mouvement dont les comptes rendus étrangers nous apportent tous les jours l'écho, il nous a paru, disons-nous, qu'il serait utile de rassembler ce qui a été écrit sur ce point dans les publications des autres pays, et spécialement en Allemagne, en Amérique et en Italie. Notre travail n'est donc qu'une sorte de revue des procédés et des résultats de la chirurgie étrangère. Nous aurions vivement désiré instituer une comparaison entre ces résultats et ceux que nous obtenons en France par des méthodes moins radicales. Mais il est difficile de recueillir des éléments d'information précis et les circonstances qui nous pressent nous obligent à laisser de côté ce point de vue. Nous ne visons dans ce travail que l'intervention en dehors de la grossesse et de l'accouchement. Dans ce dernier cas, en effet, les indications et le traitement ont quelque chose de tout à fait spécial, et qui doit être étudié à part.

Nous prions M. le professeur Pajot, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, d'agréer l'expression de notre reconnaissance.

II

Historique.

Nous n'avons pas l'intention de nous appesantir longuement sur ce point de notre étude. Nous pensons, en effet, que les détails historiques seront mieux placés à propos de chaque opération. Nous nous contenterons de rappeler brièvement ici les principaux points de cette partie de notre histoire chirurgicale et les noms qui s'y rattachent.

L'histoire des opérations qui se pratiquent sur l'utérus cancéreux comprend trois périodes :

La première, qui part de l'antiquité (Soranus, d'Ephèse ?), pour aboutir aux premières années de ce siècle, comprend les tentatives plus ou moins heureuses de Langenbeck le père (1813), de Récamier (1829), qui pratiquent avec succès l'extirpation totale de l'utérus par le vagin.

Dans la seconde, qui commence à Osiander (1801) et qui dure encore, l'opération partielle règne. Au début, ses insuccès, et d'autre part les résultats brillants fournis par l'extirpation totale, la laissent au second plan. Lisfranc la réhabilite, et elle devient entre ses mains une opération fréquente et facile à exécuter. Dès lors, tout le monde s'en sert. La méthode totale, qui ne pouvait donner que des dé-

sastres à une époque où l'antisepsie n'existait pas, tombe dans un complet oubli. Alors viennent les modifications diverses du manuel opératoire. Chassaignac se sert de l'écraseur, Huguier ampute avec l'instrument tranchant : puis M. le professeur Verneuil, et enfin M. Gallard, qui, dernièrement, rendait compte de sa pratique à la Société de chirurgie, y ont fréquemment recours.

La troisième période appartient à l'histoire de la chirurgie étrangère. Freund, en 1876, pratique l'extirpation totale par la voie abdominale. Puis, en 1878, Czerny de Heidelberg, et après lui Martin, Olshausen, Billroth, Schrœder, ont recours à l'extirpation par le vagin. En Suisse, Kocher et Müller; en Italie, Bompiani, Bottini, Caselli, l'adoptèrent avec enthousiasme. A Paris, on la repousse (Cf. Comp. r. Soc. chir. et Bull. Acad. méd., *passim*), mais à Bordeaux, en 1882, M. Demons la pratique une première fois et renouvelle sa tentative en 1884.

Il n'est que juste de dire qu'en 1766, Lapeyronie avait proposé l'opération partielle, et que M. Coudereau, en 1876, avait publié, dans la *Tribune médicale*, un travail sur l'hystérectomie, dans le cancer utérin, mais sans avoir occasion de s'en servir.

Tel est, en résumé, l'historique du traitement chirurgical du cancer utérin. Nous aurons occasion de revenir sur plusieurs points.

III

De l'hystérectomie au point de vue du manuel opératoire.

Considérations préliminaires. — L'étude des procédés opératoires de l'hystérectomie comporte l'examen de trois méthodes fondamentales, modifiées elles-mêmes dans quelques-uns de leurs détails par les divers chirurgiens qui les ont employées.

La première dont nous ayons à nous occuper est due à Freund, qui, s'il ne l'a pas inventée, lui a du moins imprimé un cachet très personnel. C'est la *laparohystérectomie*.

La seconde, à la restauration de laquelle a présidé Czerny, est la *kolpohystérectomie*.

La troisième est une méthode mixte imaginée par Schrœder, et résultant de la combinaison de la laparohystérotomie et de l'amputation supra-vaginale de Schrœder.

Nous examinerons successivement ces trois méthodes au triple point de vue du manuel opératoire, des indications et des résultats.

Nous terminerons par une revue générale des procédés de pansement, surtout au point de vue du drainage de la cavité péritoniale après l'opération.

OPÉRATION DE FREUND (LAPAROHYSTÉRECTOMIE).

Historique et manuel opératoire. — Les règles de cette opération ont été posées par Freund (Sammlung Klinischer Vortrage de Volkmann, 1876). Le sujet de l'observation est une femme de 62 ans, qui guérit. Freund divisa son opération en quatre temps :

Le premier comprend l'incision de la paroi abdominale suivant la ligne blanche, partant de quatre centimètres au-dessous de l'ombilic pour aboutir à la symphyse. Les intestins, qui font immédiatement hernie, sont enveloppés de compresses phéniquées.

Le deuxième temps est très difficile. C'est la ligature des ligaments larges. Presque impossible à pratiquer en masse, cette ligature devient plus facile quand on divise les ligaments en trois parties qu'on lie successivement. La ligature inférieure est la plus difficile à placer.

Le troisième temps comprend la partie la plus importante de l'opération. Il est susceptible lui-même d'être subdivisé.

a. Dans une première partie, on sectionne les ligaments larges entre l'utérus et la ligature.

b. On incise le péritoine.

c. On détache l'utérus de la vessie, en ayant bien soin de ménager les uretères — ce qui n'est pas

toujours aisé. — On coupe circulairement la partie supérieure du vagin, et il ne reste alors qu'à retirer l'utérus détaché de toutes ses connexions.

Enfin, comme quatrième temps, suture comprenant le péritoine et pansement. Freund employa le pansement de Lister.

Bien que paraissant assez simple au premier abord, ce procédé n'en est pas moins hérissé de difficultés. Un gros danger lui est inhérent : nous voulons parler de la blessure des uretères. En outre, la manœuvre opératoire est pénible : le chirurgien manque de place. Aussi, les modifications n'ont pas tardé à se produire. Credé (Centralblatt f. Chirurg., n° 32, 1878) opère par cette méthode une femme de 43 ans, pour un cancer datant de deux ans, plusieurs fois cautérisé, et s'étendant à la paroi antérieure du vagin. Guidé par une considération théorique à laquelle des recherches plus récentes ont fait perdre une partie de son importance, il extirpe les deux ovaires. La mort survient le deuxième jour, par suite du shock traumatique. Les difficultés de la manœuvre opératoire le décident à modifier son procédé. Pour se donner du jour, il résèque la symphyse pubienne dans une opération ultérieure (Arch. f. Gynæk., XIV, p. 430). Voici les divers temps de cette nouvelle opération :

1° Résection partielle, sous-périostée, de la partie supérieure de la symphyse ;

2° Ligature des ligaments larges, puis excision de l'utérus ;

3° Suture du vagin et adossement des séreuses.

La mort fut le résultat de cette tentative opératoire.

Massari, sous l'influence de la même préoccupation, cherche à soustraire les uretères aux dangers de la section, en faisant pénétrer par leur orifice vésical une sonde en gomme : manœuvre délicate et difficile, et qui ne nous paraît pas exempte de dangers

Baum place un doigt dans la vessie, se fondant sur la possibilité de dilater sans danger l'urèthre de la femme.

Spiegelberg élève l'utérus avec un pessaire à air introduit dans le rectum et gonflé ensuite.

Freund, dans une opération, chercha à élargir son champ d'action par la ténotomie des muscles droits. Nous ne savons ce qui advint de cette tentative. Son frère pratique la section du col au thermocautère par le vagin et enlève le corps utérin par l'abdomen. C'est presque la méthode mixte dont nous aurons à parler plus tard. La différence consiste en ce que, au lieu de chercher à abaisser l'utérus comme nous verrons Schröder et Billroth le faire, il s'efforce, au contraire, de l'élever, en plaçant dans le vagin un pessaire durant plusieurs jours. Freund, en outre, au lieu de lier les ligaments larges, laisse pendant une semaine un compresseur appliqué sur eux.

Enfin, la méthode de Freund offre encore une difficulté : l'opérateur, déjà peu à l'aise pour ma-

nœuvrer dans le petit bassin, voit encore les points dans lesquels il opère masqués par l'hémorrhagie, qu'on n'arrive jamais à supprimer complètement. Pour remédier à cet inconvénient, Schrœder applique sur l'utérus une pince à larges mors, construite exprès, qui rend l'utérus exsangue par compression.

En somme, les reproches dont la méthode de Freund est passible au point de vue opératoire sont nombreux, la preuve en est dans les modifications multiples que nous venons d'énumérer.

D'abord, au début de l'opération, l'issue des intestins est inévitable. C'est déjà un grand inconvénient : ce n'est pas le seul. Pendant la longue et difficile manœuvre des ligatures, les anses intestinales restent exposées à l'air, au froid, aux contacts septiques : la cavité péritonéale est largement ouverte; les opérations secondaires, ténotomie, résection de la symphyse, qu'on est souvent obligé de pratiquer, viennent encore ajouter à la gravité et à l'étendue des délabrements. Tous ces inconvénients, dont les statistiques nous apprennent les tristes résultats, avaient fait rejeter complètement l'opération de Freund. Aujourd'hui, cependant, la plupart des chirurgiens allemands lui reconnaissent une indication formelle : si l'utérus est trop volumineux pour passer par le vagin, il faut l'enlever par la voie abdominale.

Statistique opératoire. — La première, publiée dans

l'*American medical Times* de 1866, et reproduite dans le *Bulletin de thérapeutique* de 1871, donne, sur 24 opérations, la proportion énorme de 18 morts et seulement six guérisons. Plus encourageante, la statistique allemande publiée en 1879 dans *Schmidt's Jahrbücher*, 103, p. 289, comprend 55 cas, dont 36 suivis de mort et 3 opérations incomplètes.

Osterloh, réunissant 39 cas, trouve 27 morts, 2 opérations incomplètes, 5 récidives précoces et 6 guérisons. *Kocher*, de Berne, opère une fois : mort. *Solovieff* réunit six observations d'opération de Freund faites en Russie, avec trois morts. *Ahlfeld*, sur 66 cas, a eu 49 morts, 6 récidives, 4 opérations incomplètes, 13 guérisons. *Schrœder*, sur 8 opérations, tant de sa pratique personnelle que de celle de Veit et de Freund, a 2 morts et 2 guérisons.

Nous avons réuni un certain nombre de cas, en mettant à contribution les revues étrangères et les statistiques publiées dans le travail de M. Schwartz (*Revue de chirurgie*, 1882) et dans celui de M. Polaillon (*Archives de gynécologie*, juillet 1882).

Nous avons de la sorte réuni 88 faits. Sur ce nombre, nous avons relevé 59 morts, 26 guérisons, 3 opérations incomplètes. Proportion, 70,4 p. 100 de morts, 29,5 p. 100 de guérisons. C'est là une proportion peu encourageante. Aussi, dès la publication des premiers résultats, les chirurgiens allemands cherchèrent à remplacer l'opération de Freund par la méthode dont nous allons avoir à nous occuper maintenant.

KOLPOHYSTÉRECTOMIE. OPÉRATIONS DE RÉCAMIER, DE SAUTER, DE CZERNY, ETC., ETC.

Historique. — Nous désignerions volontiers l'hystérectomie par la voie vaginale sous le nom d'opération de Récamier plutôt que sous celui d'opération de Schrœder. En effet, comme le dit M. Demons (*Revue de chirurgie*, 1884), il suffirait d'avoir lu Sauter ou Récamier pour avoir recours à cette opération. Dès 1813, Langenbeck, le père, l'avait pratiquée, et cela, dans des circonstances particulièrement dramatiques. En 1822, eut lieu l'opération de Sauter. En 1828, Blundell, en Angleterre, l'exécute avec succès, mais la malade mourut de récidive au bout d'un an.

Récamier, en 1829, est le premier qui ait fait à l'avance la ligature des ligaments larges. Il convient de le rappeler, car les Allemands de 1878, et ceux qui les ont suivis ont bien parlé de Freund, de Schrœder, de Czerny, mais personne n'a songé à citer Récamier. Les chirurgiens allemands, Olshausen, Billroth, Martin, Sänger n'ont fait que reproduire ce qu'il avait fait, sans modifications sérieuses. Nous citerons, pour terminer cet aperçu historique, les opérations pratiquées en Suisse par Kocher et Müller ; en Italie, par Bompiani ; en Amérique, par Fanger. En France, comme nous l'avons dit, M. Demons a été le premier à suivre l'exemple.

MM. Dudon et Mandillon, de Bordeaux, et M. Bœckel, l'ont également imité. (Voy. Demons, *Revue de chirurgie*, 1884; — voy. aussi *Comptes rendus de la Société de chirurgie*, 4 juin 1884.)

Manuel opératoire. — L'antisepsie la plus complète est la condition *sine qua non* du succès. Le vagin doit être, avant toute tentative opératoire, soigneusement désinfecté, soit avec des lavages phéniqués, soit par des injections de chlorure de zinc. Cette dernière pratique peut avoir pour résultat de diminuer l'écoulement de sang. On a également proposé de racler, au préalable, les fongosités. Ce n'est pas indispensable; nous dirons même plus : nous jugeons cette pratique dangereuse. Pour le dire en passant, il en est de même d'une méthode autrefois très préconisée, nous voulons parler de l'enlèvement à l'emporte-pièce d'une portion du tissu malade. Dans un cas de Engelmann (Saint-Lewis, *Courrier of medicine*, décembre 1881), cette exploration a entraîné des accidents. Aussi, croyons-nous qu'il faut ne s'en servir que très peu de temps avant l'opération, et se tenir prêt à intervenir dès que l'examen est pratiqué.

Ces préliminaires posés, voyons en quoi consiste l'opération elle-même.

La malade étant préparée et anesthésiée jusqu'à résolution totale, on la place comme pour la taille, les cuisses écartées et maintenues par des aides.

La première condition à remplir est d'abaisser l'utérus. C'est cet abaissement qui constitue le premier temps de l'opération. Il est d'ailleurs difficile à exécuter. Lisfranc, qui pratiquait l'abaissement comme préliminaire à son amputation du col, ne craignait pas de tirailler l'utérus, même quand des adhérences le retenaient. Les conséquences de cette pratique sont faciles à prévoir. Elles constituaient un des principaux arguments de ceux qui repoussaient l'opération. Dans la kolpohystérectomie, l'abaissement préalable est une condition indispensable de succès. Plusieurs moyens ont été mis en œuvre pour le réaliser.

Le vagin étant dilaté par deux spéculums univalves larges et courts qui sont confiés à des aides, les pinces de Museux sont appliquées sur le col, le plus haut possible. Il arrive parfois que le col se déchire sous la traction : il faut alors changer leur point d'implantation. Le point essentiel, c'est de tirer avec ménagement et lenteur, et de chercher à éviter la déchirure des tissus, qui peut être la source d'un abondant écoulement de sang.

L'utérus étant abaissé, on procède au deuxième temps de l'opération. On sectionne circulairement le vagin avec un bistouri droit, en ayant soin de couper dans le tissu sain, et de laisser attenant à l'utérus tout point de la paroi qui serait envahi par le néoplasme. On facilitera la section en imprimant à la pince qui tient le col des mouvements de latéralité. L'incision achevée, on introduit dans la plaie

un doigt ou un instrument mousse, et l'on décolle l'utérus en avant et en arrière. S'il arrivait de blesser la vessie, il faudrait immédiatement la suturer. L'accident se produisit dans une opération de Schrœder, et, cependant, la malade guérit.

Le troisième temps comprend l'incision du péritoine et le renversement de l'utérus. Le cul-de-sac antérieur est ouvert : deux doigts ou un crochet mousse sont introduits et attirent le fond de la matrice en avant.

Un quatrième temps consiste dans la section et la ligature des ligaments larges. Les anciens opérateurs, et après eux Hennig, ne craignaient pas de sectionner les ligaments larges sans ligature. Malgré les recherches anatomiques de Kocks sur la disposition des artères utérines, nous croyons cette pratique détestable. La ligature nous paraît indispensable. Malheureusement, elle est difficile. Elle peut, il est vrai, être rendue plus simple en divisant les ligaments larges en trois portions qu'on lie à part. Mais, malgré cela, les ligatures peuvent glisser. Aussi, a-t-on proposé de les remplacer par un fil de fer tordu au moyen d'une pince (Schrœder). Tel est le manuel opératoire usité journellement en Allemagne. Quelques modifications de détail y ont été introduites.

D'abord, en ce qui concerne l'abaissement de l'utérus, tout le monde s'est préoccupé de la déchirure possible du tissu carcinomateux et des moyens de l'éviter. Fanger introduit une sonde d'homme

dans la cavité utérine. Récamier conseillait l'emploi d'une tige renflée. Chassaignac employait une érigne divergente. Tout récemment, Bernays s'est servi d'une pince qui rappelle assez bien le dilatateur à deux branches des boîtes à trachéotomie. Les branches qui s'écartent par le rapprochement des anneaux sont munies de crochets qui s'enfoncent dans le tissu du corps utérin. Cette pince doit rendre des services dans le cas de fragilité extrême des parties.

Schrœder fait basculer l'utérus en arrière. Müller, pour faciliter la ligature des ligaments larges, divise l'utérus en deux moitiés verticales. Dans le but de prévenir les hémorrhagies, le même chirurgien fait la compression de l'aorte abdominale. Bottini sectionne les ligaments larges au galvano cautère.

La kolpohystérectomie n'a guère qu'une contre-indication, c'est le trop gros volume de l'utérus. Billroth, pour faciliter sa sortie, incise largement tout le périnée. Mais cette méthode n'a pas donné de résultats satisfaisants dans les mains d'autres opérateurs, de sorte qu'en définitive il faut réserver l'emploi de la kolpohystérectomie aux cas (qui sont du reste les plus nombreux) où l'utérus est assez petit pour passer par la plaie vaginale. Une autre contre-indication se tire de l'immobilité de l'utérus. Il faut, en effet, que ce dernier jouisse d'une certaine laxité dans ses moyens de connexion, car son renversement serait impossible s'il était retenu en

avant et en arrière par des adhérences. Schrœder, dans le but de vérifier l'état des annexes, explore la malade après l'avoir anesthésiée, et insiste beaucoup sur la nécessité de cet examen préalable.

Il y a indication de pratiquer la kolpohystérectomie toutes les fois que l'utérus étant libre, mobile, et de petit volume, la malade a besoin d'être soustraite au shock traumatique et aux dangers de l'hémorrhagie, on pourrait même, en employant le procédé de M. Coudereau, se mettre à l'abri de l'ouverture du péritoine (voy. *Tribune médicale*, 1876), de sorte que l'opération deviendrait, en somme, assez bénigne et assez facile à exécuter, toutes réserves faites, bien entendu, au sujet d'une récidive possible.

Statistique opératoire. — Les résultats fournis par l'examen des statistiques sont de nature à encourager les partisans de l'extirpation de l'utérus par la voie vaginale.

Schrœder, sur 8 cas, dont 1 de Hoffmeier, n'a qu'une mort, *par hémorrhagie interne* (les ligaments larges avaient été liés, mais la ligature s'était défaite).

Sänger, sur 133 cas, a 95 guérisons et seulement 38 morts.

Ahlfeld 36 p. 100 de morts, 63,7 p. 100 de guérisons et 11 récidives.

La statistique de M. Schwartz (*Arch. de gynécologie*, juillet 1882) porte sur 55 cas. Sur ce nombre, il y a 20 morts, 35 guérisons.

Schrœder, sur 37 cas, trouve 4 morts, dont 3 de septicémie, 17 récidives, 9 résultats inconnus, 7 guérisons.

Enfin, nous avons pu recueillir çà et là 86 faits. Sur ce nombre, la proportion des morts est de 33,7 p. 100, celle des guérisons de 63,9 p. 100.

OPÉRATION MIXTE DE BAUM.

De cette troisième méthode opératoire, nous avons peu de chose à dire. Elle serait indiquée, d'après Schrœder, quand il y a à la fois carcinome du corps et du canal cervical. Nous manquons de notes statistiques à son sujet. Nous dirons, toutefois, qu'au point de vue de la critique chirurgicale, cette combinaison nous paraît réunir tous les inconvénients des deux méthodes précédentes, sans offrir les avantages de la kolpohystérectomie.

Pansement.

L'opinion, en Allemagne, tend à se montrer de plus en plus défavorable au drainage. Bardenheuer, son promoteur le plus actif, a trouvé dans Mikulicz, de Cracovie, un adversaire convaincu. Nous reviendrons un peu plus loin sur cette question, qui nous paraît digne de la plus grande attention.

Le premier point sur lequel nous devons insister, c'est la nécessité d'une antisepsie rigoureuse. M. Koeberlé se contente de l'asepsie.

A notre avis, c'est un peu une querelle de mots. Qu'on cherche à éviter l'infection par des lavages ou par des substances désinfectantes, l'essentiel est qu'on parvienne à l'éviter. Les premiers opérateurs se sont servi du pansement de Lister. Puis on a reproché à ce pansement d'exposer à l'intoxication par l'acide phénique.

En Allemagne, à l'heure actuelle, l'acide phénique est à peu près proscrit. L'iodoforme l'a remplacé.

Cependant il a eu de nombeux détracteurs, et on a mis à son actif une quantité de méfaits dont il conviendrait peut-être de rabattre un peu. Quoi qu'il en soit, il peut être employé sous deux formes: ou bien à l'état de poudre, directement déposée sur les surfaces lésées, soit plutôt à l'état de gaze iodoformée, roulée en tampons qu'on place dans le vagin. M. Demons assure avoir perçu une mauvaise odeur dans les pansements faits de cette façon. Il préfère, pour son compte, les injections vaginales phéniquées, répétées plusieurs fois par jour.

Nous pensons que son opinion mérite d'être prise en considération, mais que cependant le grand nombre de chirurgiens autorisés qui préconisent la gaze iodoformée doit donner une haute valeur à ce mode de pansement.

Nous arrivons à la grosse question. Faut-il drainer? Faut-il suturer sans drain?

Bardenheuer est partisan convaincu du drainage, qu'il pratique avec des drains de verre. Olshausen,

qui sur vingt opérées n'a eu que six morts (Centralblatt fur Gynækologie, n° 41, 1882) draine toujours.

Billroth pratique ordinairement le drainage.

Ch. Demons se montre également très partisan de cette méthode. Il insiste sur le danger de laisser dans les parties déclives du pus ou tout au moins des liquides susceptibles de subir des transformations septiques. Ce dernier argument est le plus important de tous ceux qui ont été mis en avant par les partisans du drainage.

La pratique du drainage a rencontré dans Mikulicz, de Cracovie, un adversaire décidé. Récemment au congrès de Copenhague, il a soutenu sa pratique avec un réel talent. Suivant lui, il faut éviter surtout la formation d'*espaces morts*. Voici ce qu'il entend par cette expression.

Quand le péritoine a été exposé trop longtemps à l'air, quand il a été lavé avec des solutions antiseptiques trop fortes, il en résulte dans certains points des zones d'irritation et même de mortification, qui créent un danger permanent d'infection. Suivant lui, ce qu'il faut employer, ce n'est ni un lavage, ni une toilette péritonéale trop complète qui expose à irriter la séreuse, ni un drain qui, dans une opération bien conduite au point de vue antiseptique, ne peut en somme laisser écouler qu'une très faible quantité de matière. Il faut soustraire la plaie d'une façon permanente au contact de l'air, et il emploie pour cela un appareil à irrigation con-

tinue qui paraît lui avoir donné d'excellents résultats. Fanger, de Chicago, l'a employé et s'en est fort bien trouvé. M. Demons lui reproche d'être fatigant pour la malade.

Enfin, une dernière question se présente. Avec quelle matière faut-il lier les ligaments larges? Il paraît tout naturel d'employer le catgut, qui se résorbe facilement. Mais il faut apporter une grande attention dans son choix, si l'on ne veut être exposé à un glissement ou même à une rupture des ligatures. Nous ne nous arrêterons pas aux autres procédés, n'ayant trouvé que fort peu de matériaux utilisables pour notre point de vue spécial.

De même que pour juger des résultats d'une opération, une statistique est indispensable pour apprécier la valeur d'un pansement. Aux chiffres d'Olshauser, que nous citions plus haut, on pourrait opposer ceux de Bauer, à qui le drainage donne deux morts sur quatre opérées. Mais le nombre de cas serait trop faible pour fournir des éléments d'appréciation. Nous préférons avoir recours à des statistiques déjà publiées dans une thèse récente (Amiot, traitement des pédicules après l'hystérectomie, th. Paris, 1884). Eh bien! ces statistiques donnent, pour le drainage, une proportion de 75 p. 100 de guérison. Sans drainage on n'en a plus que 59,13. C'est là un résultat frappant; mais, si l'on examine de près ces chiffres, on voit que les cas invoqués à l'appui du drainage sont seulement au nombre de onze, tandis que les cas où le pédicule a

été réduit sans drain sont au nombre de quarante. Nous croyons que des chiffres obtenus sur une quantité aussi faible de cas, n'ont pas la signification qu'ils paraissent avoir au premier abord. Au congrès de Copenhague, la majorité des chirurgiens présents s'est prononcée contre le drainage, et il nous semble que cette presque unanimité de sentiments est de nature à inspirer quelques doutes sur la valeur de ce pansement. Nous rappellerons, entre autres noms illustres, celui de Spencer Wells, qui, après avoir drainé, est aujourd'hui partisan convaincu de l'abandon du pédicule dans l'abdomen; Haidler enfin a 32 p. 100 de morts par le drainage, et 25 p. 100 seulement par la suture sans drain.

Valeur de l'hystérectomie dans le cancer utérin.

L'opinion presque unanime en France est défavorable à l'opération radicale du carcinome utérin.

M. Verneuil l'a qualifiée « d'opération abominable » (Soc. de chir., 1884). La conclusion des revues critiques de M. Schwartz (Rev. de chir., 1883), de M. Polaillon (Arch. de gynécol., 1882), de M. Terrillon (Journal de thérapeutique, 1884), est l'expression d'une profonde défiance. Au milieu de cette réprobation universelle, M. Trélat a cependant

formulé quelques restrictions, « si, a-t-il dit à la Société de chirurgie, on apportait à cette opération des perfectionnements encore inconnus, mais que nous avons le droit de croire possibles, il n'y aurait pas de raison pour la repousser ». Or, ce perfectionnement est en train de se réaliser.

Pour l'hystérectomie, en général, en 1873, M. Boinet note 76,6 p. 100 de morts. En 1875, M. Pozzi trouve une mortalité de 64,7 p. 100. En 1879, M. Letousey donne le chiffre de 43 p. 100. En 1882, elle n'est plus que de 40 p. 100 (Knowsley Thornton). En 1883, elle tombe à 37,5 p. 100 (Schwartz, Revue de chir.). Enfin, dans la thèse récente d'Amiot, à laquelle nous empruntons ces résultats, on trouve 154 observations donnant 39 morts, soit un peu moins de 26 p. 100.

Pour l'hystérectomie appliquée au cancer utérin, la progression est la même. En 1866, 88 morts p. 100; en 1879, 75 p. 100; en 1883, 36,36. En 1884, les cas réunis par nous donnent une mortalité de 33,7.

L'opération que M. Verneuil qualifiait naguères si sévèrement est donc en voie d'amélioration. Nous allons examiner maintenant les principaux arguments de ses détracteurs.

1° Etant donné qu'un cancer utérin peut durer plusieurs années (voy. th. Pichot, Paris, 1876. Voy. aussi Lebert, Courty), a-t-on le droit de faire courir à la malade un danger immédiat?

2° La récidive est fatale. Partant de cette donnée

il est évident qu'on devra toujours se refuser à une intervention active, si l'on n'établit pas que la récidive se fera attendre plus longtemps, ou, ce qui revient au même, laissera vivre la malade plus longtemps que l'affection abandonnée à elle-même.

3° Il est très difficile de savoir à quoi s'en tenir sur l'état des tissus au voisinage de la tumeur, et de dire exactement quelles sont les limites du mal.

4° Enfin, l'opération est difficile à exécuter.

Nous allons essayer de répondre à ces quatre objections :

1° Pour qui a vu la situation épouvantable des femmes atteintes de carcinome utérin, pour qui s'est rendu compte de leurs horribles souffrances et des accidents qui en font un objet de répulsion et de dégoût, la réponse est facile. Mieux vaut encore une terminaison fatale rapide que cette vie de douleurs sans trêve ni repos. Mais c'est là une raison de sentiment; d'ailleurs discutable, et on ne saurait s'en contenter. A notre avis, la question mérite d'être posée autrement, Il s'agit simplement de savoir si on doit rester les bras croisés. Tenter une opération palliative? Elle est possible si le col seul est atteint. Mais si le corps utérin est pris, si le vagin est envahi, dans ces cas, il y a, croyons-nous, nécessité d'agir, et puisque les méthodes usuelles ne le permettraient pas, il y a lieu de chercher à suppléer à leur insuffisance. Somme toute, et M. Bœckel l'a formellement dit, il ne paraît pas qu'une hystérectomie soit chose plus grave qu'une ovariotomie,

et le fût-elle davantage, qu'elle aurait encore pour elle cette considération : avec un kyste de l'ovaire, on peut vivre longtemps, avec plus d'incommodité que de souffrance réelle. Avec un cancer utérin, la vie est un supplice perpétuel.

2° En deuxième lieu, on a exploité contre l'hystérectomie la certitude d'une récidive. Or, c'est là une objection que personne ne fait quand il s'agit d'un cancer du sein, d'un cancroïde de la face. Bien plus, les chirurgiens qui pratiquent pour le cancer utérin des opérations partielles n'y songent pas. Ils amputent, ou plus simplement encore raclent la surface du néoplasme, sans être arrêtés par cette idée que le mal ainsi attaqué ne sera certainement pas détruit. Ici encore, la question nous paraît susceptible d'être envisagée à un point de vue un peu différent du point de vue usuel. Il ne s'agit pas de savoir si le cancer est radicalement détruit — nous savons que non — mais bien de déterminer si la récidive sera mieux ou plus mal tolérée que la première atteinte. Or, Olshausen, sur 14 femmes guéries, a des récidives (3) et les 11 autres n'ont pas de récidive après 4, 5, 7. 11 et 15 mois. Martin n'a pas de récidive dans un cas suivi 18 mois, Haidlen également. Czerny a deux cas sans récidive après 7 et 11 mois. Schrœder voit une malade 20 mois après l'opération, pas de récidive. Von Teuffel n'a pas de récidive après 1 an et demi. En tenant compte de ce fait bien connu, que les cancéreuses ne consultent pas au début, on voit qu'on n'est pas loin

de la durée moyenne assignée au cancer par Lebert. Et nous ajouterons que de longs mois de repos valent la peine d'être comptés. Nous dirons aussi que les douleurs du cancer récidivé sont infiniment moindres que celles de la tumeur primitive, ce qui s'explique par la différence des tissus envahis.

3° Relativement à l'intégrité des tissus avoisinants, nous reconnaissons qu'en effet elle est difficile à constater. Elle ne pourra être déterminée que par un examen attentif. Schrœder conseille formellement l'anesthésie comme moyen d'exploration. Les caractères de l'urine n'ont que peu de valeur, malgré l'opinion de Rommelaere, qui veut que l'excrétion de l'urée soit en raison inverse de l'étendue et de la gravité du cancer. L'examen de l'état général, le toucher, une palpation attentive, un interrogatoire minutieux, permettront presque toujours d'arriver au diagnostic.

4° La dernière objection est au fond peu sérieuse. Une ovariotomie un peu compliquée est au moins aussi difficile qu'une hystérectomie, ainsi que l'a fort bien dit M. Bœckel. D'ailleurs, ainsi que le fait remarquer M. Demons, la meilleure preuve que cette opération n'est pas inabordable, c'est que des médecins ont pu la pratiquer. Récamier, par exemple, n'était certes pas un chirurgien habitué aux grandes manœuvres opératoires. Et cependant, la première hystérectomie française suivie de succès est de lui. MM. Dudon et Mandillon, de Bordeaux, sont des médecins.

VALEUR COMPARÉE DES MÉTHODES OPÉRATOIRES.

Après ce que nous avons dit des opérations de Freund et de Schroeder, nous estimons qu'il est superflu de nous étendre longuement sur ce point. Entre deux opérations, dont l'une est relativement facile et donne 70 0/0 de guérisons, tandis que l'autre a une proportion à peu près égale de morts, il n'y a pas à hésiter. Les chirurgiens étrangers ont du reste fixé leur choix, et même dans le pays de Freund, où ses premières opérations avaient excité un véritable enthousiasme, sa méthode perd de jour en jour du terrain, au profit de l'opération de Schrœder. Facilités plus grandes d'exécution, chances moindres de septicémie, pansement plus facile, telles sont les qualités qui recommandent cette dernière à l'attention des chirurgiens.

CONCLUSIONS.

Arrivé au terme de cette étude, nous croyons pouvoir déduire de ce qui précède, les conclusions suivantes, qui sont une règle de conduite courante pour la plupart des chirurgiens allemands.

1° L'hystérectomie appliquée au cancer utérin, ne nous paraît pas mériter la réprobation dont elle est l'objet en France. Elle est susceptible de procurer aux malades une longue période de tranquillité. La récidive, quand elle se produit, est moins pénible que la première atteinte.

2° L'hystérectomie est indiquée :

1° Quand une première opération partielle n'a pas donné de résutat.

2° Quand, d'emblée, cette opération partielle est manifestement impossible ou insuffisante.

3° *Quand la cachexie n'est pas trop avancée* et QUE LES PARAMÈTRES SONT SAINS.

3° Elle est formellement contre-indiquée dans le cas de cachexie profonde, d'adhérences avec les organes voisins, de généralisation à distance.

Et comme corollaire, il est indispensable, avant d'opérer, de s'assurer, en *employant l'anesthésie*, de l'état des paramètres.

4° L'opération n'est pas plus difficile que les grandes opérations de la chirurgie abdominale usuelle. Les statistiques accusent une amélioration continue et progressive dans ses résultats.

5° La méthode de choix est la Kolpohystérectomie. La laparohystérectomie doit être réservée aux cas où le corps utérin serait trop gros pour franchir la plaie vaginale. Dans les circonstances ordinaires, elle constitue une mauvaise opération.

6° L'antisepsie la plus rigoureuse est une condition indispensable de succès. L'iodoforme, et particulièrement la gaze iodoformée, valent mieux que le pansement phéniqué; la meilleure conduite à tenir consécutivement paraît être de suturer sans drain.

PIÈCES JUSTIFICATIVES.

Statistique générale de l'hystérectomie.

1873. Boinet :
Sur 100 cas: guérisons, 28 0/0 ; morts, 76,2 0/0.

1875. Pozzi :
Sur 119 cas : guérisons, 42 ; morts, 77 ou 64, 7 0/0.

1879. Letousey :
Sur 84 cas : guérisons, 48 ; morts, 36 ou 43 0/0.

1882. Knowsley Thornton :
Sur 221 cas : guérisons, 131 ; morts, 90 ou 40 0/0.

1883. Schwartz :
Sur 120 cas : guérisons, 75 ; morts, 45 ou 37, 5 0/0.

1884. Amiot :
Sur 154 cas : guérisons, 115 ; morts, 39 ou 25, 32 0/0.

1° Statistique générale de l'hystérectomie dans le cancer utérin (personnelle).

172 cas : guérisons, 81, 47 0/0.
morts, 91, 52,6 0/0.

Statistique de l'opération de Freund.
(Laparohystérectomie).

a. Statistique américaine. (*Americ. med. Times*, 1866.)

Clay	3 opér.	2 morts.	1 guérison.
Hath	1 —	1 —	
Burnham	9 —	7 —	2 —
Kimball	3 —	2 —	1 —
Parkman	1 —	1 —	
Peaslee	1 —	1 —	
Kœberlé	1 —		1 —
Baker Brown	1 —	1 —	
Wells	1 —	1 —	
Buckingham.	2 —	1 —	1 —
Storer	1 —	1 —	1 —
	24 —	18 —	6 —

(Comprend tous les cas de 1863 à 1866. Citée dans Scharwtz, *Revue de chirurgie*, 1883.

b. Statistique allemande d'Osterloh. (*In Schmidt's Jarhbüch*, 1879, 103, p. 289.) Citée par Schwartz.

Freund	14 opér.	8 morts.	5 guér.	1 op. inc.
Kocks.	1 —		1 —	
Œlschlager. .	1 —	1 —		
Schrœder. . .	3 —	2 —	1 —	
Veit.	1 —		1 —	
Martin	3 —	3 —		
Olshausen . .	1 —	1 —		

Baumgartner.	2	opér.	1	morts.	1	guér.			
Credé.	2	—	2	—					
Leopold. . . .	1	—	1	—					
Alexander . .	1	—	1	—					
Spiegelberg .	5	—	3	—	1	—	1	op. inc.	
Massari . . .	1	—	1	—					
Müller	1				1	—			
Pernice. . . .	1	—	1	—					
Reuss	1	—	1	—					
Fritsch. . . .	1	—	1	—					
Martin. . . .	2	—	1	—	1	—			
Tœplitz. . . .	2	—	1	—	1	—			
Lobker. . . .	1	—	1	—					
Osterloh. . .	3	—	2	—	1	—			
Hennig . . .	1	—			1	—			
Brunzell. . .	6	—	4	—	1	—	1	—	
	55	—	36	—	16	—	3	—	

Ahlfeld :

66 cas.	Morts.	49
	Guérisons.	13
	Récidives	6
	Opérations incomplètes.	4

c. *Statistique personnelle.*

88 opér. 59 morts. 26 guér. 3 opér. incompl.

Cette statistique nous est fournie par les précédentes, auxquelles nous avons ajouté les opérations faites depuis 1883, savoir :

Kirpert.	1 opér.	1 mort.	
Rydygier.	1 —	1 —	
Levinstein.	2 —	2 —	
Solovieff.	3 —	1 —	2 guéris.
Bogolufoff	1 —		1 —
Reuss	1 —		1 —
	—	5 —	4 —

STATISTIQUE DE L'OPÉRATION DE SCHROEDER.

(Kolpohystérectomie.)

Engström (Otto). Helsingfors, 1883.
157 opérations. . . . . . 46 morts.

2 cas personnels. 1 mort par embolie pulmonaire.
2 — — 1 guérison.

Schroeder 1882:
8 opérations. 1 mort.

Le même 1883).
37 cas : 4 morts, dont 3 par septicémie.
— 17 récidives.
— 9 résultats inconnus.
— 7 guérisons de longue durée.

Czerny:
4 cas : 1 mort.
— 2 récidives.

Ahlfeld :
55 cas : 36, 3 0/0 de morts.
— 63, 7 0/0 de guérisons
— 11 récidives.

1° Opérations citées par Schwartz :

Czerny	1 cas.	1 mort.	
Baum	4 —	2 —	2 guérisons.
Paulik	1 —		1 —
Mikulicz et Wolffler . .	7 —	3 —	4 —
Bompiani.	1 —	1 —	
Assio Caselli	1 —	1 —	
Bottini	1 —	1 —	
Martin	2 —		2 —
Schröder	12 —	6 —	6 —
Olshausen.	8 —	1 —	7 —
Muller.	6 —		6 —
Kocher	1 —	1 —	
Von Teuffel.	5 —	3 —	2 —
Guarneri	1 —		1 —
Lane	1 —		1 —
Mörike	1		1 —
Mac Cormac	1		1 —
	55 cas.	20 morts.	35 guérisons.

2° Opérations relevées par nous :

Billroth	7 cas.	3 morts.	4 guérisons.
Tarsini	1 —		1 —
Kaltenbach.	1 —		1 —
Bardenheuer	1 —	1 —	
Simpson	1 —	1 —	
Kufferath.	1 —		1 —
Staude	6 —		6 —
Bœckel	1 —		1 —
Demons.	7 —	3 —	4 —
Schwartz	55 —	20 —	35 —
	81 cas.	28 morts.	53 guérisons.

STATISTIQUE DU PANSEMENT.

Schwartz. (*Revue de chirurgie*, 1883.)

Drainage.	62 guérisons	p. 100.
Réduction sans drain.	63 —	p. 100.

Haidlen :

37 cas avec drainage.	Morts : 32	p. 100.
8 — suture . .	— 25	p. 100.

BIBLIOGRAPHIE

AMIOT. — Du traitement du pédicule dans l'hystérectomie. Th. Paris. 1884.

ANDERSON. — American Journal of obstetric. science, april 1882.

ATTHILL. — Brit. med. Journ., mai 1882, p. 782.

BERNAYS (St-Louis, Mo.) et Centralblatt für Chirurgie, 1884, p. 331.

BŒCKEL. — Sur l'hystérectomie vaginale dans les cas de cancer (Soc. de chir., 4 juin 1884, avec discussion.

BOTTINI-GUARNERI. — Gazzetta degli ospitali, 1882, n° 13. Anal. in Centralblatt für Chirurgie, 1882, 13-15.

BOMPIANI. — Gaz. med. di Roma, n° 6, 1881.

CALDERINI. — Annali di ostetricia, ginecologia e pediatria, 1882, n° 8.

COUDEREAU. — De l'ablation totale de l'utérus par la vulve dans le cas de cancer utérin. Trib. médic., 1874-75, n° 32.

CZERNY. — Ueber die Ausrottung der Gebärmutterkrebses (Wiener med. Wochensch., 1880, n° 45-48. Beitrage zur vaginalen. Uterus Extirpation (Berliner klin. Wochenschrift, 1882, n° 46).

CREDÉ. — Centralbl. f. Chirurg., n° 32, 1878. Arch. f. Gynæk., XIV, p. 430.

DEMONS. — Revue de Chirurgie, 1884. De l'hystérectomie vaginale dans le cancer de l'utérus.

ENGELMANN. — St-Lewis Courrier of med., déc. 1881.

ENGSTRÖM. — Ueber vaginale Totalextirpation der Gebärmutter, wegen maligner Neubildungen.

FANGER. — Amer. Journ. of med. science, 17 janv. 1882.

— The totalextirpat. of uterus through the vagina.

FRAIPONT. — Ann. Soc. méd. chir. de Liège, et Journal de

méd.et de chir. prat., t. 53, 2e série, 1882, article 12029.

FREUND. — Sammlung klin. Vortrage, 1876. Arch. f. Gynäk. Bd XV, Heft 2, p. 275.

HAHN. — Berlin. Klin. Wochensch., 12 juin 1882.

HAIDLEN. — Zeetsch. f. Geburtshulf. und Gynäk, 1881. Arch. f. Gynäk. Bd XIX, Heft 1, Zur Frage der Totalextirp. der Uterus.

HEGAR ET KALTENBACH. — Traité de Gynécologie opératoire, trad. fr. de P. Bar. — Paris, 1884.

KIRPERT. — Centralb. f. Gynak. n° 48, 1882. Totalextirp. der Gebärmutter.

KOCHER. — Rev. méd. de la Suisse Romande, n° 11, 1881.

KOCKS. — Centralbl. f. Gynäk., n° 8, 1882.

LANGENBECK père. — Dissertatio de uteri totius extirpatione. Gottingæ, 1842.

LINKENFELD. — Centralblatt f. Gynäk., nov. 1881.

MARTIN. — Berlin. Klin. Wochensch., 9 avril 1883. Centralbl. f. Gynäk., n° 5, 1881.

— Zur Teknik der vaginalen Uterus Extirpation.

MIKULICZ. — Verhandlungen der Gynäk. Section. der Congresses in Kopenhagen. August 1884.

— Archiv. f. Gynäk. Bd XXIV, Heft. 2.

MULLER. — Centralblatt f. Gynäk., n° 8, 1882.

OLSHAUSEN. — Centralbl. f. Gynäk., n° 41, 1882.

— Weitere Erfolge der vaginalen Total Uterus Extirpation und Modifications der Teknik.

OSTERLOH. — Schmidt's Jahrbüch, 1879, 183, p. 239.

POLAILLON. — Quelques considérations sur le traitement du cancer de l'utérus. Annales de Gynécologie, juillet 1882.

RÉCAMIER. — Traité des maladies des femmes.

REUSS. — Arch. f. Gynäk. Bd XVI, Heft 3. Totalextirpat. des Uterus wegen Carcinom. Drainage. Heilung.

RUGE ET VEIT. — Zeitsch. f. Geburtsh. und Gynäk. Bd VI, Heft 2. Bd VII, Heft 1.

Ruge et Veit. — Der Krebs der Gebärmutter.
Rydygier. — Berlin. Klin. Wochensch., 8 nov. 1880.
Sauter. — Die ganzlich Extirpation der carcinomatöses Gebärmutter.
— Constance, 1822.
Schrœder. — Arch. f. Gynäk. Bd XVI, Heft 3.
— Ueber Totalextirp. des Uterus von der Scheide aus.
Schrœder. — Zeitsch. f. Geburts. und Gynäk. Bd VI, H. 2, 1882.
— Ueber die Theilweise und Volsstandige Ausschneidung, der carcinomatösen Gebärmutter — et Rev. méd., 5 juillet 1884.
Schwartz. — De l'hystérectomie appliquée aux tumeurs de l'utérus.
— Rev. de chir., 1882.
Siebold (Von). — De Scirrho et carcinomate uteri, adjectis tribus totius uteri extirpationis observationibus. Berol., 1826.
Simpson. — Edinburgh med. Journ., p. 425, nov. 1882.
— Case of extirpation of the uterus through the vagina for carcinoma.
Solovieff. — Medizinischer Obozr. Janvier 1882.
Terrillon. — Revue mensuelle de thérapeutique chirurgicale. In Bull. général de thérapeutique, 30 août 1884.
West. — Traité des maladies des femmes, trad. allem. de Langenbeck. Gœttingue, 1860.

Vu par le président de la thèse,
PAJOT.

Vu, bon et permis d'imprimer
Le vice-recteur de l'Académe de Paris.

GRÉARD.

TABLE DES MATIÈRES.